



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Dirección General de Docencia e Investigaciones – MINSA
Hospital Escuela Alemán Nicaragüense

TRIBUNAL EXAMINADOR

ACEPTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA Y POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA – LEON.

Dra. MARIA CAROLINA SALINAS ZELAYA, N° cédula: 001-130378-0036F, culminó la Especialidad de Pediatría en el año Académico: 2012 - 2013.

Realizó Defensa de Tesis: Conocimientos, actitudes y practicas sobre ablactación y destete en madres de niños menores de un año y su relación con la morbilidad infantil ingresados en el servicio de pediatría del HAN, de Diciembre 2012 a Enero 2013.

En la ciudad de: Managua Fecha: 27 / Febrero / 2013
Día Mes Año

Dra. Brigitte Lola Carrasco
Nombre y apellidos

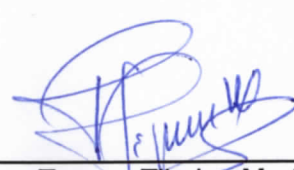

Firma del Presidente
Dra. Brigitte Lola Carrasco
MEDICINA Y CIRUGIA
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
COD. MINSA 8454

Dra. Marina López Iglesia
Nombre y apellidos


Firma del Secretario
Dra. Marina López Iglesia
ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA
COD. MINSA 11878

Dra. Ivania Díaz Roa
Nombre y apellidos


Firma del Vocal
Dra. Ivania Díaz Roa
MEDICINA Y CIRUGIA
ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA
COD. MINSA 10802


Dra. Tammy Tijerino Marín
Sub Directora Docente
Hospital Alemán Nicaragüense



NICARAGUA:
LA ALEGRÍA DE VIVIR EN PAZ!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA...
POR MÁS VICTORIAS!

MINISTERIO DE SALUD
Complejo Nacional de Salud
"Dra. Concepción Palacios".
COSTADO OESTE COLONIA 1ERO DE MAYO,
MANAGUA, NICARAGUA. PBX: (505) 2289-4700,
Sector Postal: 15AB. Ap.postal: 107.
Web: www.minsa.gob.ni

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-MANAGUA



Tesis para optar al título de pediatra

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE ABLACTACION Y
DESTETE DE MADRES CON LACTANTES MENORES INGRESADOS EN EL
SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE,
DICIEMBRE 2012 A ENERO 2013 Y SU ASOCIACION CON LA MORBILIDAD
INFANTIL

Autora: Dra. María Carolina Salinas Zelaya
Residente de tercer año de Pediatría
Hospital Alemán Nicaragüense

Tutor científico: Dr. Lester Espinoza Zapata
Especialista en pediatría
Hospital Alemán Nicaragüense

Tutor metodológico: Dra. Alicia Rivas Miranda
Máster en salud publica



MED
ESP/PED
378.242
Sal
2013

BC-INV-2014

Managua, Nicaragua
Febrero 2013

Escanear



DEDICATORIA

A DIOS, quien ha estado conmigo siempre, guiándome en todo mi camino

A mi madre **Celia Rosa**, quien ha sido mi apoyo incondicional, y un ejemplo a seguir



AGRADECIMIENTO

A toda mi familia que siempre han estado acompañándome, en todos mis proyectos

A mis tutores, quienes me han brindado su tiempo para la culminación de este estudio

A mis amigos queridos **Arlen, Eduardo y Mariano**, quienes nunca me han abandonado en los momentos difíciles de mi vida

A la vida que me ha dado tanto



OPINION DEL TUTOR

Considero que este trabajo realizado por la Dra. María Carolina Salinas Zelaya, tiene una gran relevancia, en este momento dado que se está llevando a cabo un gran esfuerzo institucional y gubernamental para promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida. Por lo que saber los niveles de conocimientos de las madres acerca de la ablactación es de suma importancia para dirigir las estrategias de educación sobre el tema.

Dr. Lester Alejandro Espinoza Zapata
Pediatra general

COD. 611 _____
DR. LESTER A. ESPINOZA ZAPATA
MEDICO PEDIATRA
HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENSE



RESUMEN

El objetivo del presente estudio era evaluar el conocimiento actitudes y practicas sobre ablactación y destete de madres de lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría en el mes de diciembre del 2012 y enero del 2013.

Se realizó un estudio descriptivo de corta transversal, en donde la muestra fue el universo de madres con niños lactantes menores ingresados al servicio d pediatría..

La información recolectada se tabulo y grafico en forma computarizada utilizando el programa Microsoft Excel Profesional 2010 y el análisis estadístico se realizó utilizando el programa Epiinfo versión 3.4.3; los resultados y el análisis de estos durante la investigación fueron redactados en el programa Microsoft Word 2007. .

La edad de ingreso que predomino fue la de un mes, del sexo masculino

Predomino las madres con ocupación de amas de casa, bachiller, de 19-25 años de edad, de procedencia urbana, con uno y dos hijos.

El estudio reflejo que el nivel de conocimiento y prácticas fue regular, y las actitudes en madres con lactantes menores de seis meses fueron desfavorables.

Se observa que las principales causas de ingreso fue neumonía seguido de diarrea, solo 38 pacientes de los evaluados tuvieron antecedentes de hospitalizaciones previas, con las mismas causas de ingreso.



INDICE

I	INTRODUCCION.....	6
II	ANTECEDENTES.....	7
III	JUSTIFICACION.....	10
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
V	OBJETIVOS.....	12
VI	MARCO TEORICO.....	13
VII	DISEÑO METODOLOGICO.....	30
VIII	RESULTADOS.....	36
IX	DISCUSION DE RESULTADOS.....	40
X	CONCLUSIONES.....	42
XI	RECOMENDACIONES.....	43
XII	BIBLIOGRAFIA.....	44
XIII	ANEXO.....	46



INTRODUCCION

La ciencia de la nutrición, ha venido sufriendo cambios a lo largo de los años, debido al progreso tecnológico y al reconocimiento de la importancia que la nutrición tiene en la prevención de las enfermedades de la infancia, en donde esta representa un periodo crítico, en el que se establecen hábitos alimenticios con el objetivo de conseguir el crecimiento adecuado y evitar las enfermedades relacionadas con la dieta

La nutrición representa un papel primordial en el crecimiento y desarrollo del ser humano, la cual desde años atrás viene modificándose de acuerdo a las culturas y creencias de nuestros antepasados, en donde se han realizado prácticas correctas e incorrectas, las cuales repercuten en el crecimiento y desarrollo del niño.

Una alimentación adecuada desde los primeros meses de vida, conlleva a un buen desarrollo en el niño, pasando por las diferentes periodos ,iniciando con el periodo de lactancia, enfocado principalmente a la alimentación con leche materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, continuando con el periodo transicional, comprendido por el segundo semestre e vida en el que se inicia la diversificación alimentaria o alimentación complementaria, en donde se inicia con la introducción de alimentos distintos a la leche materna o formula, ambos de suma relevancia, ya que la alimentación adecuada en ambos periodos, es determinante en la aparición de enfermedades a corto, mediano y largo plazo de vida del niño.

Es de gran importancia el roll del pediatra como guía de los padres en encaminarlos a la realización de buenas prácticas, en la alimentación de su bebe, así como de proveerlos de todos los conocimientos que los oriente a realizar prácticas adecuadas en relación a la alimentación durante el primer año de vida.



ANTECEDENTES

-Se estudiaron en México a 329 niños con asma, rinitis alérgicas o urticaria, para conocer la frecuencia de antecedente heredofamiliar de atopia, la frecuencia, duración de lactancia materna exclusiva, edad de introducción de otras leches así como ablactación. El porcentaje de pacientes con antecedentes heredofamiliares de atopia fue de 58.1 por ciento. El tiempo promedio de lactancia materna exclusiva fue de 1.6 meses. Los resultados son globales no existiendo diferencia significativa entre las variables de esos grupos.(1)

.-Se informa en un estudio también realizado en la ciudad de México acerca de los patrones de lactancia y ablactación en niños menores de seis meses. Se interrogó a 145 madres de lactantes que asistieron a consulta ambulatoria de un hospital de niños. Se encontró que 13.7 por ciento de las madres ofrecían exclusivamente pecho materno; el destete ocurrió en el primer mes de vida en 36.3 de los niños, las razones aducidas por la madre fueron hipogalactia y rechazo del seno; se apreció cierta tendencia a la introducción temprana de fórmulas industrializadas, lo que seguramente influye en lactancia mixta. El uso de fórmulas fue recomendado por el médico en dos de cada tres (65.5 por ciento). Respecto a la ablactación, su inicio fue decidido en el seno familiar en 53.3 por ciento de los niños. En el presente estudio, como en dos anteriores llevados a efecto en el mismo hospital, se hacen evidente la falta de información a las madres sobre las ventajas de la leche materna. Por otro lado, todo parece indicar que los médicos no promueven la alimentación al seno y no intervienen activamente para sugerir cuando iniciar la ablactación. (2)

.- Se llevó a cabo una investigación en la ciudad de Guatemala en el año 1997 en donde se realizaron entrevistas a mujeres con el objetivo de saber las actitudes y prácticas sobre ablactación y destete que evaluó tiempo de lactancia, edad de introducción de alimentos sólidos, nivel socioeconómico, educativo y origen étnico de ambos padres. Se obtuvo la media de introducción de alimentos sólidos, nivel socioeconómico, educativo y origen étnico de ambos padres. Se obtuvo la media de introducción de alimentos sólidos y destete, así como la influencia de la



variable. Resultados: El 100/100 tuvo lactancia exclusiva a los 5 meses; 24/100 a los 6 y 11 meses. Hay influencia significativa de la educación de ambos padres para la introducción de alimentos sólidos. La duración, fue mayor en la mujer indígena que la ladina, padres mayores de 35 años, ser niña y tener más de 4 hijos. (3)

-Un estudio realizado en niños menores de 1 año en una zona rural de Costa Rica, en el año 1996, reveló que todos los niños evaluados consumen algún tipo de leche. La leche materna fue consumida por el 19% de los niños. Los otros dos tipos de leche que se consumen son leche fluida pasteurizada y la leche entera en polvo. Ningún niño consumió más de un tipo de leche. En su totalidad los productos de origen animal aportan el 77% de las proteínas de la dieta de la muestra. Los vegetales más frecuentemente consumidos fueron el chayote, el ayote y el zapallo; los cuales eran consumidos 1 o 2 veces por semana. La fruta entera que se ofreció al niño con más frecuencia (77%) fue el banano; otras frutas a las que se hace referencia son la papaya, el melón, la sandía y el limón dulce, los cuales consumían con una menor frecuencia. También se consumieron otras frutas como la piña y la naranja pero en menor cantidad.. El jugo de naranja por ejemplo, fue consumido por el 55% de los niños .El tubérculo consumido más frecuentemente y en mayor cantidad fue la papa: un 84% de los casos la consumieron en cantidades promedio de 193 g por semana. También se incluyeron otros tubérculos como el camote, el tiquisque y la yuca. Al 71% de los niños se les incluyó arroz en su alimentación diaria; y al 61%. También se menciona el pan, la tortilla y otros cereales. El azúcar se incluyó diariamente en el 68% de los niños. Con relación a las grasas, se citó la utilización de manteca vegetal y eventualmente la margarina para la preparación de los alimentos. (4)

-Se practicó un estudio sobre ablactación en menores de tres años de edad, en dos comunidades -urbana y sub-urbana de Mérida-Venezuela en 1990, que incluyó un total de 82 niños. Las medidas pondoestaturales dentro de los límites normales en la mayoría de los niños. La atención de los lactantes es realizada en más del 60% por la madre; sin embargo, esto no guarda relación con la lactancia



natural de los mismos, ya que en la comunidad urbana representó el 33% y en la sub-urbana menos del 20%. Llama la atención la introducción precoz de los distintos alimentos en el primer trimestre de vida en ambas comunidades, siendo más evidente este problema a nivel sub-urbano, sobre todo en la práctica de incorporación de huevo y carne, correspondiendo para dicho trimestre el 10.86% y el 16,52% respectivamente.(5)

- Un estudio realizado en Cuernavaca, México, de enero 2004 hasta agosto 2005, sobre nutrición y salud en niños menores de un año, reporta que al analizar el comportamiento de la lactancia materna exclusiva, se encontró un predominio de niños con un comportamiento adecuado donde el 71,64% de los lactantes estudiados se alimentó exclusivamente al pecho durante cuatro meses o más. Sin embargo, resulta preocupante que más de la cuarta parte (28,36%) incorporó otro leche o alimento de forma precoz, refiriendo las madres como causa la hipogalactia. La relación entre la lactancia materna exclusiva y la frecuencia de episodios de IRA se observó que la totalidad de niños con lactancia inadecuada padeció IRA y el único niño con más de cuatro episodios se ubicó en este grupo. En cuanto a los que presentaron entre dos y cuatro episodios la cifra fue superior en los que tuvieron lactancia inadecuada (78,95 %) que en los que lactaron satisfactoriamente (25,00%).

En cuanto a la morbilidad por EDA, se observó que mientras en el grupo con lactancia adecuada el porcentaje de niños que nunca enfermó fue de 62,50%, en los que tuvieron lactancia inadecuada la cifra descendió a 10,53 %. (6)



JUSTIFICACION

Durante muchos años se ha venido hablando de la importancia de la alimentación durante el primer año de vida, principalmente en atención primaria en salud, en donde ya existe un programa diseñado, para orientar a la madre o tutor del niño o niña, de que manera o con que se debe alimentar al niño en los primeros meses de vida.

Pero es importante remarcar que en nuestro país no se ha realizado un estudio en el que se evidencie, el conocimiento y las prácticas que tienen los padres, de la forma como están alimentando a su hijo y principalmente con que tipo de alimento están iniciándolos.

Por lo que se considera de importancia, identificar que conocimiento tiene sobre el tema y principalmente cuáles son las principales prácticas que tienen los padres , esto con el objetivo de incidir en los tutores en la realización de buenas prácticas de ablactación y destete, así como dotarlos de información adecuada, para la alimentación del bebe.

Cabe mencionar que no solo es de relevancia orientar a los padres sobre la iniciación de la alimentación, sino también debe ser prioridad que se dé seguimiento, principalmente a niños de riesgo, por lo que es necesario fortalecer el programa de crecimiento y desarrollo que se está ejecutando en las unidades de salud, para lo cual es preciso coordinar actividades entre los dos niveles de atención.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El inicio de la alimentación representa todo un reto para la mayoría de los padres, principalmente si se trata del primer hijo, ya que significa experimentar con el bebe, esto va asociado con el temor que sienten al alimentarlo con comidas que puedan ser adecuadas o no para el niño, acompañado de la orientación que puedan recibir de personas más experimentadas que ellos, ya sean del núcleo familiar u amigos, las cuales podrían guiarlos a conductas erróneas o apropiadas, o bien una combinación de las mismas.

¿ Cómo es el conocimiento, actudes y prácticas sobre ablactación y destete de madres con lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital alemán Nicaraguense, diciembre 2012 a enero 2013 y su relación con la morbilidad infantil?



OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ablactación y destete de madres con lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, diciembre 2012 a enero 2013 y su asociación con la morbilidad infantil

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1-Conocer las características de la población en estudio. Datos maternos y del niño/niña.
- 2- Identificar el nivel de conocimiento sobre ablactación y destete de las madres de los lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría en el periodo de estudio.
- 3-Determinar la actitud sobre ablactación y destete de las madres de los lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría en el periodo de estudio
- 4- Identificar las principales prácticas sobre ablactación y destete de las madres de los lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría en el periodo de estudio
- 5- Establecer la relación entre el inicio de la ablactación y destete y la morbilidad actual de los pacientes en estudio.



MARCO TEORICO

Durante el primer año de vida la alimentación de los niños tiene dos componentes, la leche humana o los sucedáneos de la misma, y los alimentos diferentes a la leche materna. Pragmáticamente, la lactancia es el alimento fundamental del primer semestre; los alimentos diferentes a la leche materna líquidos o sólidos lo son del segundo; sin olvidar que el amamantamiento podrá continuar hasta los dos años de edad. Por sus numerosos beneficios a la salud de los niños, se cree que la lactancia materna exclusiva es el alimento óptimo para el niño durante los primeros seis meses de vida; considerándose también que la exclusividad por mayor tiempo ya no satisface los requerimientos nutrimentales del niño, siendo ésta la razón principal para introducir después de este lapso, alimentos diferentes a la leche materna. En este contexto, el grupo de expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, denominó Alimentación Complementaria (AC) al proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche materna, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño y no necesariamente para destetarlo, hasta integrarlo a la dieta de su familia. Esta visión trata de establecer una congruencia entre las formas de alimentación y las necesidades nutrimentales de los niños, para que en el primer semestre no reciban alimentos diferentes a la leche materna sin razones plenamente justificadas; y para que en el segundo semestre reciban una AC correcta. En este sentido no hay que olvidar que los niños, particularmente durante el primer año de vida, constituyen una población muy vulnerable, su alimentación depende totalmente de la decisión de los adultos, influenciados por los profesionales de la salud, los medios de comunicación masivos y la industria que procesa alimentos para niños lactantes. (7)

Por lo tanto, el objetivo es dar los elementos para iniciar la AC a los seis meses de edad, destacar algunos aspectos nutricios y no nutricios relacionados con los alimentos diferentes a la leche materna o de un sucedáneo. Asimismo, señalar los puntos más relevantes de las formas de alimentación de los niños, antes y durante



el proceso de AC y mencionar algunas consideraciones que pudieran ayudar a su práctica correcta entre los profesionales encargados de llevarla a la práctica. (7)

Alimentación complementaria a los seis meses de edad(7)

Aspectos de maduración del niño

Muchos de los órganos y sistemas de los niños menores de seis meses están en proceso de adquirir todas sus funciones. Se acepta que después de esta edad, el sistema gastrointestinal y renal del niño han adquirido la madurez para metabolizar y absorber todo tipo de alimentos y nutrimentos, así como para depurar metabolitos como el nitrógeno procedente de las proteínas y manejar excedentes de nutrimentos inorgánicos como calcio, fosfatos, sodio y potasio que no fueron incorporados a los tejidos.

También a esta edad, el niño ya tiene la capacidad neuromuscular que le permite participar de la alimentación, como sostener la cabeza y el tronco, así como controlar sus extremidades torácicas, particularmente sus manos y sus dedos. Si se aprovecha esta madurez, la apropiada presentación de los alimentos estimulará del niño su vista, tacto, olfato y gusto, que a su vez promoverán su participación activa durante su alimentación en cada tiempo de comida.

Hasta los 6 meses la lactancia materna exclusiva (LME) satisface las necesidades de nutrimentos de los niños

Diversos estudios metabólicos, clínicos y epidemiológicos han aportado información sobre los numerosos beneficios que la lactancia materna tiene sobre la salud de los niños y las madres, así como para la sociedad en su conjunto.¹ Específicamente, cuando reciben LME durante los primeros seis meses de vida, los niños mantienen un buen crecimiento y desarrollo, debido a que con la leche humana reciben nutrimentos de la más alta calidad, y a que presentan menores tasas de morbilidad por enfermedades diarreicas y respiratorias que los niños que toman un sucedáneo de leche humana. Asimismo, presentan menor incidencia de



enfermedades como asma, obesidad y otras crónico degenerativas. Si bien hay niños que recibiendo LME pudieran necesitar apoyo nutricional antes de los seis meses, estos casos deben valorarse individualmente, lo cual no invalida que el resto reciba amamantamiento exclusivo hasta los seis meses de vida. Para este período, el reto es impulsar nuevamente los 10 pasos para una lactancia exitosa durante las etapas: prenatal, nacimiento y postnatal con el fin de aumentar las prevalencias de LME. Esta forma de alimentación a nivel nacional, a los cuatro y seis meses, es de 25.7 y 20.3%, similares a las reportadas en población urbana derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de 23.8 y 18.3% respectivamente. Sin embargo, debido a que la leche materna como alimento exclusivo después del sexto mes ya no satisface las necesidades de energía y otros nutrientes, la alimentación láctea de los niños debe complementarse con otros alimentos, preferentemente tomados de la dieta familiar.

Desmedro o retardo del crecimiento lineal

En la encuesta nacional sobre el estado de nutrición de los niños menores de dos años atendidos por el IMSS, destaca el problema del desmedro (talla para la edad menor a -2 puntajes Z del promedio). En los niños del medio urbano, la prevalencia de este problema en los cuatro primeros semestres de la vida fue de 3.0, 6.8, 9.4 y 11.2%. En contraste, los del medio rural tuvieron una prevalencia de 7.9, 21.5, 27.5 y 34% en los mismos semestres, indicando que en el segundo año de vida un tercio de estos niños tienen ya retardo de su crecimiento lineal. Si bien no hay consenso sobre si la causalidad es única o múltiple, el cálculo factorial de los nutrientes que consumen los niños a través de la leche materna *versus* lo que necesitan, probablemente apunte a que hay más de un factor. De los nutrientes, probablemente estén involucrados la insuficiencia de energía y proteínas, hierro y zinc, asociados a malas prácticas de AC. Así, cuando los niños reciben alimentos diferentes a la leche materna antes de los cuatro meses de edad y con poco valor energético y nutricional, su peso y longitud son menores que los que inician AC entre cuatro a seis meses. Ante esta situación se hacen necesarias intervenciones oportunas para fortalecer el amamantamiento exclusivo



y mejorar el proceso de AC en los hogares para favorecer el crecimiento lineal de los niños. Si esto se logra, se impedirán dos problemas, el desmedro temprano y las crecientes tasas de obesidad que estos niños presentan cuando adultos.

Deficiencia de micronutrientes y presencia de anemia

La deficiencia de hierro y la anemia de causa nutricional afectan principalmente a los niños después de los seis meses, porque las necesidades de hierro, ácido fólico y otros nutrientes no se satisfacen con los aportes que los niños reciben en su dieta. A este balance negativo contribuye que los niños ingieren alimentos preferentemente de origen vegetal, cuya biodisponibilidad en cuanto a hierro es menor que la que tienen los alimentos de origen animal. Los más vulnerables son los niños que nacieron pretérmino (< 37 semanas de gestación), con peso bajo (< 2.5 kg), los que se amamantan y no reciben hierro suplementario, los que reciben fórmulas que no están adicionadas de hierro, y más aun los que ingieren leche entera bovina.

En México, la encuesta nacional de nutrición de 1999 mostró que 48.9% de los niños menores de dos años padecen anemia. El IMSS informa que las prevalencias de esta enfermedad en el primero y segundo semestres, y en el segundo año de vida fueron de 9.8, 20.9 y 22.7%, respectivamente.²³ A las mismas edades la prevalencia de deficiencia de hierro fue de 6.8, 26.7 y 43.6%, observándose que se incrementa en el segundo semestre y en el segundo año de vida. Para contender con este problema de salud de los niños cuyas secuelas sobre el desarrollo parecen irreversibles, la alimentación correcta durante el segundo semestre es un factor muy importante, como se menciona posteriormente.

Antes de iniciar la alimentación complementaria (7)

Evaluación de la alimentación y estado nutricional del niño a los seis meses



Los objetivos de esta evaluación son: a) conocer qué tipo de lactancia recibe el niño. Si se amamanta, para que no se suspenda, como frecuentemente ocurre cuando se inicia AC. Si ingiere un sucedáneo de leche materna, para verificar que la técnica de preparación sea correcta, con énfasis en la dilución, cantidad por toma, cantidad en 24 horas (750 mL/día), y cómo se administra; b) conocer los motivos por los que se inicia la AC, que pueden ser: porque ha cumplido seis meses, porque siendo menor de esta edad requiere apoyo nutricional o por falta de asesoría correcta a la madre, condiciones de gran importancia que deben tenerse en mente para dar la consejería apropiada; c) conocer los hábitos familiares de alimentación y qué conocimientos tiene la madre sobre este proceso. Esto tiene como propósito identificar posibles prácticas que pudieran ser nocivas para la salud del niño, tanto en el sentido de carencias como de excesos. Como ejemplos se encuentran: inicio de AC con caldos (sin el alimento sólido, leguminosas o carne), o con jugos industrializados, refrescos o gelatina.

Después de conocer las formas de alimentación es fundamental evaluar la condición nutricional del niño. La medición antropométrica que usa edad, peso y longitud (talla) es de gran utilidad. Con ella puede seguirse la evolución de estos parámetros, graficándolos en cartas de crecimiento y asimismo, seguir la evolución de los índices de peso y talla en función de la edad y del peso en función de la talla. No olvidar que la interpretación del crecimiento y condición nutricional tendrá que considerar el peso al nacer, la edad gestacional, el sexo y la historia de enfermedades, principalmente infecciosas. La selección de los alimentos que se incluirán en el menú de AC serán los que el niño necesite, según se trate de preservar un buen crecimiento, revertir o detener un retardo del crecimiento lineal, prevenir la carencia de micro nutrientes o de sobrepeso u obesidad.

Antecedentes de alergias e intolerancias

Estos padecimientos de creciente incidencia y prevalencia en los niños deben investigarse mediante la historia clínica. En niños que tengan antecedentes



familiares de estas enfermedades, el propósito es omitir los alimentos involucrados hasta después del primero o segundo año de vida. Como se menciona posteriormente, deberá tenerse en mente que la ausencia de estos antecedentes no excluye que cuando el niño ingiera ya otros alimentos, estas manifestaciones puedan presentarse. Por lo tanto, el trabajador de la salud deberá vigilar sistemáticamente estas manifestaciones durante el proceso de AC.

Antecedentes de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición

Estas enfermedades de creciente prevalencia en la niñez, adolescencia y edad adulta, tienen su origen en malas prácticas de alimentación en los primeros años de la vida. Por esto es muy importante conocer si en la familia del niño existen antecedentes de estas enfermedades, como: diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, dislipidemia u obesidad. Si así fuera, la orientación nutricional apropiada se dirigirá para evitar los riesgos de que el niño adquiera estas enfermedades.¹⁵ También deberá conocerse si existen antecedentes de enfermedades como la celíaca, o si durante el curso de la AC se presentarán, para tomar las medidas conducentes en la eliminación de alimentos que contengan trigo.

Higiene en la preparación de los alimentos

En este período de la vida, la gran incidencia de enfermedades diarreicas vinculadas a la alimentación sigue siendo un problema de salud pública.²⁸ Para garantizar la seguridad de los alimentos antes de iniciar formalmente la AC, debe conocerse el grado de saneamiento ambiental y del hogar. Son puntos relevantes conocer si la familia cuenta con agua potable, si la madre hierva el agua y la conserva en forma segura, si lava las frutas y desinfecta las verduras, si lava los granos y el huevo, sólo por mencionar algunos ejemplos. Igual importancia tiene conocer si los integrantes de la familia antes de comer o después de cambiar los pañales del niño, tienen el hábito de lavarse las manos con agua y jabón, así como saber si antes de que coma, lavan las manos del niño. Aunque no corresponde al rubro de AC, cuando el niño ya no se amamanta, es importante



conocer y asesorar en su caso la correcta preparación del sucedáneo de leche materna.

El proceso de Alimentación complementaria. Aspectos prácticos (7)

Tipo de alimentos

En cuanto a las características de los alimentos, se recomienda preferir los alimentos de origen natural, no procesados industrialmente, frescos, regionales, de temporada y culturalmente aceptados. El trabajador de la salud deberá informar a los padres de los riesgos a la salud que tiene para los niños, incorporar en su dieta sustancias como hidratos de carbono refinados, presentes en refrescos embotellados y jugos industrializados, *versus* el beneficio de aprender a comer alimentos con hidratos de carbono complejos presentes en las frutas, verduras y tubérculos. En el riesgo de ingerir grasas saturadas presentes en la grasa animal, en los alimentos conocidos como frituras y comida rápida, *versus* los beneficios de comer aceites vegetales o de pescado (grasas poliinsaturadas). Por la posibilidad de adquirir infecciones no se recomienda que los niños, en el segundo semestre de la vida, ingieran alimentos crudos; en el caso de huevo o yema, ni crudo ni tibio; tampoco se recomienda darles quesos frescos o crema, dado que como buenos medios de cultivo fácilmente se contaminan y constituyen un riesgo potencial para las infecciones. Las verduras deberán ofrecerse cocidas; las crudas, especialmente las que tienen hojas de alta rugosidad, son difíciles de lavar y difíciles para la deglución y absorción. No obstante, después del año de edad, no hay que olvidar que estos alimentos, especialmente en forma de ensaladas, formarán parte de la dieta saludable de los niños. Cuando se inicia la AC y con el propósito de observar su tolerancia se dará un solo alimento, pudiendo ser cereal, fruta o verdura, dándolo con la consistencia apropiada.

Consistencia de los alimentos

A partir de la consistencia líquida que el niño conoce, se introducirán gradualmente otros alimentos de la misma consistencia (jugos no colados) y otros



con mayor solidez como: purés, papillas, picados y trocitos. La sencillez en la preparación no omite que se sigan algunos consejos prácticos: de los cítricos retirar la cascara antes de exprimir el jugo; de las frutas maduras obtener el puré rayándolas, machacándolas o pasándolas por un colador. Con este mismo procedimiento se pueden obtener purés de alimentos como: sopas, tortilla, pan, frijol, arroz, pescado, huevo, hígado y carne. Cuando el niño tenga ya los primeros dientes, pueden ofrecerse alimentos de mayor consistencia para favorecer el aprendizaje de la masticación. En todos los casos, la consistencia de los alimentos debe favorecer su degustación, digestión y absorción en el sistema gastrointestinal.

Cantidad de inicio

La cantidad de inicio del alimento "nuevo" puede ser de 10 a 15 g, que equivale de dos a tres cucharadas cafeteras. Para observar su tolerancia, estas cantidades no variarán por tres días, pero posteriormente estos alimentos ya tolerados, serán parte del conjunto de alimentos que el niño ya come y la cantidad total se aumentará progresivamente para alcanzar el aporte energético necesario; sin olvidar que quien regula la cantidad de alimento es la saciedad del niño. Al momento de alimentar al niño se recomienda que primero se ofrezcan los alimentos diferentes a la leche materna y al final el amamantamiento.

Densidad energética y lípidos

Si por razones de mejorar la condición nutricia de los niños se necesitara aportar mayor cantidad de energía, los alimentos complementarios pueden prepararse adicionando pequeñas cantidades de aceite vegetal para mejorar su sabor y aumentar su valor calórico. La densidad energética de los alimentos se expresa como energía por unidad de volumen o de peso (kcal/mL o kcal/g), siendo el referente la leche humana, cuya densidad es alrededor de 0.7 kcal/mL. Con la adición de pequeñas cantidades de aceite la densidad puede llegar a 1 kcal/g o un poco más. Estos alimentos con mayor densidad energética se usarán



transitoriamente en condiciones especiales, como las mencionadas, suspendiéndolos posteriormente.

Edulcorantes y sal

Aunque se ha descrito que el niño prefiere los sabores dulces, la AC es una oportunidad para ampliar la gama de sabores, y no se recomienda adicionar edulcorantes de ningún tipo a los alimentos para los niños. Debe respetarse el sabor de los alimentos en su forma natural o en la forma que la familia los ha preparado para que el niño aprenda a distinguir los sabores y a degustar los alimentos. Por lo tanto, no hay evidencias que justifiquen el hecho de que para que el niño acepte el alimento haya que endulzarlo; por el contrario, los sabores aprendidos en esta etapa de la vida, hablando de sabores dulces o salados, perduran para el resto de la vida y pueden ser factores de riesgo para enfermedades como la obesidad, diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial, actualmente prevalentes en nuestra sociedad.

Importancia de variar y combinar los alimentos

Como se mencionó, la monotonía en la dieta y la falta de variación y combinación de los alimentos, son factores de riesgo para que los niños se desnutran o para que adquieran sobrepeso. Por lo tanto, debe planearse la comida del niño variando los alimentos, aún dentro del mismo grupo y combinándolos entre sí para conseguir su sinergismo y adquirir la forma de alimentación propia de cada cultura, como se ilustra en el esquema denominado El Plato del Bien Comer^{32,33} o como se muestra en las pirámides de alimentos.

Aporte de hierro

La deficiencia de hierro y la anemia por carencia de este nutrimento es un problema que involucra necesariamente las formas de alimentación. La necesidad de hierro durante el primer año de vida de 1 mg diario de hierro absorbido²⁰ tiene que considerarse como parte de las estrategias para prevenirla: la alimentación



láctea, la AC, los alimentos infantiles procesados y los suplementos. En cuanto a leche, los niños deben recibir leche materna o fórmulas adicionadas con hierro (12–15 mg/L). En la AC, al menos en la comida principal, se proporcionará una porción de carne roja, pescado, pollo o huevo, hígado de res o de pollo, que son fuentes ricas en hierro. Si se dan cereales o leguminosas, el menú deberá incluir verduras o frutas que contengan vitamina C como guayaba, naranja, tamarindo, jitomate y otras verduras, con el fin de mejorar la biodisponibilidad del hierro de la dieta.³⁵ Sin embargo, a pesar de esto, en muchos casos no se cubre la cantidad recomendada de hierro que el niño debe absorber; por lo que es necesario incluir en la dieta del niño alimentos procesados adicionados con este nutrimento. Una medida de salud pública en países con alta prevalencia de anemia por deficiencia de hierro es la suplementación con hierro a los niños antes de que agoten sus reservas corporales, que puede ser después de los cuatro meses o antes, según se trate de niños de término o de pretérmino.

Procedencia de los alimentos (7)

La dieta familiar

Todas las familias tienen formas de alimentación fuertemente influenciadas por su cultura; de acuerdo con ésta, las familias deciden la compra, la preparación y la distribución intrafamiliar de los alimentos; es decir, los hábitos de alimentación, saludables o no, el niño los adquiere en su familia. Tratándose de la AC, con frecuencia se observa que las madres seleccionan alimentos especiales para los niños en los que los alimentos del menú familiar no tienen una presencia relevante. Esto probablemente porque los trabajadores de la salud hemos transmitido un concepto parcialmente tergiversado de lo que son los alimentos para niños lactantes. Actualmente pareciera ser que estos alimentos deben tomarse del supermercado y no del menú familiar. Se ha olvidado que en la mesa de cada familia están presentes los cereales como maíz (tortillas y otras preparaciones), arroz, trigo (sopa de pasta o pan, galletas); así como las leguminosas como frijol, lentejas, garbanzo y alverjones; los productos de origen



animal como huevo, carne roja, carne blanca o pescado, y por supuesto una gran variedad de frutas, verduras y tubérculos. Del menú familiar se puede seleccionar un solo alimento o varios, que al combinarlos ejercerán su sinergismo y promoverán la correcta alimentación de los niños. Es muy importante aclarar que cuando se dice que el niño puede comer los alimentos del menú familiar, no se quiere decir que los ingiera tal y como los consumen los adultos; no, al año de edad y aun después de los dos, según el tipo de alimentos, el niño tendría que ingerirlos como papillas o en pequeños trozos. Las formas adultas las aprenderá posteriormente. Es muy importante que el trabajador de la salud deje como mensaje que para la adquisición de hábitos de alimentación saludables, el niño debe aprender a comer con poca grasa, con aceite vegetal, incluyendo el de oliva (reduciendo los alimentos fritos o capeados); con poca sal y eliminando en lo posible alimentos y bebidas con hidratos de carbono refinados.

Alimentos procesados de uso comercial para niños

Estos pueden formar parte de la dieta del niño como un recurso más para diversificar la dieta sin sustituir a los alimentos naturales. A muchos de estos alimentos durante su proceso de elaboración se le han adicionado micronutrientes como hierro, cinc y ácidos grasos poliinsaturados. Los nutrientes agregados, más los que tienen los alimentos naturales, son un recurso para cubrir las necesidades nutricias de los niños.

Uso de algunos alimentos de origen animal y otros productos industrializados (7)

Pescado

En México, prácticamente no se usa este valioso alimento en la AC de los niños lactantes, en parte por la cultura de que este alimento se consume en temporadas festivas y en parte por su asociación con alergias o reacciones adversas alimentarias. Esta asociación varía en cada cultura en función de la variedad de pescado y de la frecuencia de consumo. En pacientes alérgicos la prevalencia de



hipersensibilidad a este alimento fue 1.8% en niños de uno a tres años, menor que la prevalencia alérgica de las proteínas de leche bovina, que fue de 2.6%. Si la selección de alimentos considerara el criterio de hipersensibilidad, no podrían usarse los sucedáneos de leche humana elaborados con leche bovina. Por otra parte, carecemos de información de cuál es su prevalencia como agente alérgico en niños en el segundo semestre de la vida. Por lo tanto, se considera que el pescado debe utilizarse en la AC de los niños con las mismas precauciones que se tiene para el resto de los alimentos, pero no diferirlo más allá del sexto mes o excluirlo, a menos que en los antecedentes familiares haya clara evidencia de su riesgo.

Huevo

Al igual que el pescado, y por lo frecuentemente reportado en la literatura anglosajona, este alimento de gran valor nutricional, de bajo costo y gran disponibilidad en los hogares, se ha diferido hasta después de los nueve meses de edad. No obstante, en series nacionales no figura entre los alimentos identificados como causante de hipersensibilidad en los niños alérgicos. Por lo tanto se considera que debe aportarse según la disponibilidad y las necesidades nutricias del niño, observando las mismas precauciones que para el resto de los alimentos.

Si estos dos valiosos alimentos se excluyen o se diferieren más allá del sexto mes, se desaprovecharía el gran valor nutritivo que tienen para satisfacer las necesidades de proteínas y ácidos grasos poliinsaturados $\Omega-3$ y otros nutrimentos inorgánicos. Como en todos los alimentos, deberá vigilarse durante el curso de su introducción su tolerancia y posibilidad de efectos adversos.

Leche entera de vaca

Actualmente no se recomienda que los niños menores de un año de edad ingieran leche bovina entera como un sucedáneo de la leche materna y menos si se trata de leche bovina bronca. Su principal riesgo está relacionado con la β lactoglobulina, proteína característica de esta leche ausente de la leche humana,



que se asocia con sensibilización a alergia y con el micro sangrado que propicia anemia en los niños de esta edad.

Refrescos embotellados

Estas bebidas no formarán parte de la dieta del lactante, por su alto costo y nulo valor nutritivo y porque el hábito de consumir estas bebidas se asocia en edades posteriores con el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y caries.³⁹ La prevalencia del consumo de estos productos en el cuarto semestre de la vida en niños derechohabientes del IMSS indica que cuatro de cada cinco niños ya toman estas bebidas.

Jugos

Se recomienda dar la fruta o la verdura como tales más que el jugo. Si se dan, preferir los elaborados en casa (no colados) que contienen fibra y mantienen su riqueza en vitaminas y minerales, sin dar cantidades mayores a un vaso pequeño al día. Es importante mencionar que los jugos para niños que se venden en el comercio son bebidas ácidas, con adición de vitaminas, algunos minerales, cuya concentración de hidratos de carbono puede ser del doble de la que normalmente tiene la leche humana que es de 7 g/dL. Cuando el niño los ingiere en mayor cantidad, se desplaza la leche, presentándose problemas como falla para crecer, desnutrición o sobrepeso y obesidad. Por otra parte, la riqueza de fructuosa y sorbitol produce problemas de salud como diarrea, flatulencia y cólicos.

Productos lácteos fermentados

Algunos de estos productos y otros como postres elaborados con leche y golosinas no fueron diseñados como alimentos complementarios. Por lo tanto se considera que no deberán ser alimentos de primera elección durante el segundo semestre de la vida, además de que su costo es mayor que los alimentos fundamentales.



Aspectos no nutricios de la alimentación complementaria(7)

Respeto del ciclo hambre–saciedad

Los adultos deben otorgar los alimentos respetando el ciclo hambre–saciedad del niño. El amamantamiento o el sucedáneo de leche materna, así como los AC, deben otorgarse al niño cuando tenga hambre, identificándola porque busca el alimento, porque lo señala, porque quiere alcanzarlo, por su expresión del rostro cuando ve el alimento o por el llanto. Con relación a este último punto, los padres deben saber que el llanto no es sinónimo de hambre, sino la forma como los niños comunican sus necesidades como: dolor, sueño, frío o calor, enfermedad o necesidad de afecto. Es decir, hay que conocer cuál es la causa del llanto para darle la atención específica.

El trabajador de la salud deberá recomendar a los padres que ofrezcan los alimentos apropiados cuando el niño tenga hambre sin forzarlo para que ingiera mayor cantidad de alimento. Asimismo, recordará a los padres la responsabilidad que tienen de ofrecer los alimentos en un ambiente que favorezca su aceptación por parte del niño, pero no usarlos para gratificar sus logros ni darlos como sustitutos de atención de otras necesidades.

Alimentación y necesidades de estímulo y afecto

La madre, o quien cuide al niño, además del esmero en la preparación de los alimentos, durante el proceso de alimentación debe proporcionarle atención y afecto. Son acciones importantes mirarlo, porque el rostro de la madre lleva la expresión más genuina de afecto; dialogar con él; alimentarlo con paciencia esperando a que trague el alimento y estimularlo para que use sus dedos, manos, o la cuchara, o beba directamente de los recipientes hasta lograr su auto alimentación. El niño debe ser el centro de atención, incluso cuando los niños ya coman por sí mismos, también necesitan asistencia, estímulo y afecto por parte de los padres o quien se encargue de alimentarlos. De ninguna manera la televisión debe sustituir el diálogo permanente entre el niño, la madre o la persona que lo



alimento. Tampoco ayuda mucho la compañía de los padres si en vez de asistir a los niños, dialogan con otros adultos olvidando la presencia de los niños.

Evaluación durante el proceso de la alimentación complementaria (7)

La evaluación de la AC se hará al inicio y cada mes, hasta que se consolide el proceso.⁴¹ Una forma sencilla es que el trabajador de la salud verifique cada uno de los siguientes aspectos como una lista de chequeo.

1. Conocer el tipo de alimentación láctea. Promover que tome leche materna; si ya no se amamanta asesorar que el sucedáneo sea el apropiado, verificando que se prepare correctamente en términos de higiene y concentración.
2. Higiene en la preparación de la AC. Revisar los procedimientos de cómo se preparan y conservan los alimentos para asegurar que se preparen con la higiene debida. Si toma la leche con biberón asesorar a la madre para que cuanto antes el niño la ingiera en taza.
3. Utensilios para alimentar al niño. Verificar que la madre, o quien cuida al niño, use los apropiados a la edad y desarrollo, evitando usar platos, vasos o cucharas grandes al momento de alimentarlo.
4. Alimentación de la semana previa. Conocer cuántas comidas por día y cuántos grupos de alimentos ingiere ya el niño en la semana previa, verificando si están de acuerdo a sus necesidades y edad.
5. Diversidad, variación y combinación. Vigilar que se incorporen a la dieta del niño cada vez más alimentos, verificando que se varían y se combinan entre sí para lograr el sinergismo de los nutrimentos.
6. Textura y consistencia de los alimentos. Asesorar a la madre para que la consistencia sea apropiada según el tipo de alimentos y la edad del niño. Investigar si algunos alimentos valiosos para la nutrición del niño no se proporcionan por falta de darles una consistencia apropiada.



7. Vigilar enfermedades asociadas a las formas de alimentación. En cada evaluación del niño investigar si se han presentado reacciones adversas a los alimentos relacionados con la AC como enfermedades alérgicas, intolerancias o infecciones.

8. Condición nutricia. Cada vez que se revise al niño, al mismo tiempo que se evalúan las formas de alimentación, se hará también de la condición nutricia. El propósito es conocer si se está consiguiendo o no el objetivo de lograr un buen crecimiento y desarrollo del niño.

9. Atención y afecto. Estos factores también son indispensables durante la alimentación del niño. Verificar que en cada tiempo de comida el niño se alimente con la asistencia de la madre, él sea el centro de atención, y reciba el afecto conveniente

Consideraciones finales

Prácticamente todas las instituciones de salud, sus institutos y hospitales, han editado documentos para que la población tenga mayores conocimientos sobre las técnicas de alimentación de los niños. Destacan la Guía de Orientación Alimentaria, la Guía Práctica para la Orientación Alimentaria y Recuperación Nutricia en Población Infantil, las Guías Técnica y para el Cuidado de la Salud de los Programas Integrados de Salud del IMSS, y más recientemente las Pautas para la Orientación Alimentaria en México. Estas guías dirigen sus esfuerzos a mejorar los hábitos de alimentación en el ciclo de la vida, y algunas específicamente durante los primeros años de vida. Excepto la Guía para el Cuidado de la Salud del IMSS, pensada y entregada a cada una de las madres para que pueda consultarla, el resto de los documentos están dirigidos al personal de salud con una edición muy limitada. Hasta ahora no se tiene información de que con este esfuerzo se haya logrado un impacto favorable en las formas de alimentación de los niños. Por la relevancia de lograr una AC correcta durante el segundo semestre de la vida, se hace necesaria una estrategia nacional similar a



la iniciativa Hospital Amigo del Niño para recuperar la lactancia materna⁴⁶ o como la que se realizó para abatir las diarreas.

No parece imposible actualizar la normatividad para los trabajadores de la salud, e incorporar en los documentos de corresponsabilidad, dirigidos a los padres, como las Guías o Cartillas de Salud, los nueve puntos de la evaluación de la AC que aquí se han referido. La verificación sistemática de estos puntos por trabajadores de las instituciones públicas o privadas de salud, ayudaría a mejorar el proceso de AC en los hogares. Simultáneamente, para evaluar los impactos habría que incorporar a un sistema de captura de información y análisis de los actualmente vigentes, algunos indicadores sobre las formas de alimentación y la condición nutricia de los niños.

Al mismo tiempo, parece oportuno que las escuelas de pediatría del país dejen el concepto de ablactación e incorporen el de AC, por la conveniencia que tiene para la salud de los niños, enseñando a los estudiantes de pre y postgrado que las formas de alimentación tienen importantes repercusiones en la salud de los niños en el corto, mediano y largo plazos. Por lo tanto, el proceso denominado AC requiere de estrecha supervisión por parte del médico y, en particular, del pediatra.

Finalmente, se hace necesaria la participación de la industria para la producción de alimentos infantiles procesados de uso comercial, que al incorporarse como parte de la dieta de los niños en el segundo semestre de la vida contribuyan a satisfacer sus necesidades nutrimentales, modificando o eliminando aquellos que no contribuyan a este propósito o que propicien riesgos para su salud.



DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal.

Universo

Todas las madres de niños menores de un año ingresados en el servicio de pediatría en el periodo de estudio.

Muestra

Todas las madres de niños menores de un año ingresados en el servicio de pediatría en el periodo de estudio.

Criterios de inclusión

Todas las madres de niños menores de un año ingresados por cualquier motivo en el servicio de pediatría en el periodo de estudio.

Que deseen participar en el estudio

Criterios de exclusión

Son todos aquellos que no cumplan con los criterios anteriores

Técnicas y procedimientos

El cuestionario tiene cuatro áreas:

1. Características demográficas, donde se caracteriza al bebe (edad, sexo, procedencia) y a la madre (edad, escolaridad, número de hijos y ocupación)
2. Conocimientos teóricos, sobre ablactación y destete. Donde se aborda los aspectos básicos
3. Actitud sobre ablactación y destete
4. Prácticas sobre ablactación y destete

Procesamiento y análisis de la información



Las variables del estudio se diseñaron en base a los objetivos específicos, de los que derivan 15 variables, las cuales fueron confrontadas en 18 tablas de contingencia.

Se desarrolló la encuesta, con 3 secciones diferentes para evaluar los conocimientos, las actitudes y las practicas, asignándole a cada ítem un valor numérico para que pudieran ser cuantificados, de esto obtenemos la siguiente escala para cada sección.

- Para los conocimientos: ≤ 9 : Malo; 10-19:Regular; 20-28: Bueno
- Para las actitudes: ≥ 13 : Favorable; <13 : Desfavorable
- Para las prácticas: ≤ 10 : Malo; 11-20:Regular; 21-32: Bueno

En donde a cada afirmación contestada correctamente se le asignó un puntaje de 2, a las que se respondieron incorrectamente fue de 1, y las que no respondieron o no sabían fue de 0

*En el caso de las prácticas de madres con niños menores de seis meses se tomó como buena práctica la alimentación con lactancia materna exclusiva.

La información recolectada se tabulo y grafico en forma computarizada utilizando el programa Microsoft Excel Profesional 2010 y el análisis estadístico se realizó utilizando el programa Epiinfo versión 3.4.3; los resultados y el análisis de estos durante la investigación fueron redactados en el programa Microsoft Word 2007.

Fuente de información

La recolección de datos fue hecha por el investigador. La fuente de información es primaria, a través de entrevistas realizadas a las madres de los pacientes ingresados



Variables

Variables sociodemográficas

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Edad materna
5. Número de hijos
6. Escolaridad materna
7. Ocupación de la madre

Variables clínicas

8. Patología de ingreso del bebe
9. Patologías previas del bebe

Variables de conocimiento

10. Lactancia materna exclusiva
11. Ablactación y destete
12. Tipo de alimentos con que se inicia la ablactación
13. Alimentación con leche entera.
14. Uso de edulcorantes o sal
15. Alimentos alergénicos

Variables para valorar actitud

Variables de actitud sobre ablactación y destete

Variables para valorar prácticas

Variables para valorar prácticas sobre ablactación y destete



Cruce de variable

1. Nivel de conocimiento/Edad de la madre
2. Nivel de conocimiento/Escolaridad de la madre
3. Nivel de conocimiento/ Ocupación de la madre
4. Nivel de conocimiento/Números de hijos
5. Nivel de conocimiento/patologías previas del bebe
6. Nivel de conocimiento/Actitud
7. Nivel de conocimiento/Practicas
8. Actitud/Edad de la madre
9. Actitud/Escolaridad de la madre.
10. Actitud/ Ocupación de la madre
11. Actitud/Números de hijos
12. Practicas/Edad de la madre
13. Practicas/Escolaridad de la madre
14. Practicas/ Ocupación de la madre
15. Practicas/Números de hijos
16. Practicas/patologías previas



OPERAZIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de recolección de la Información.	Meses	0-6 7-9 10-11
Sexo	Características genotípicas y fenotípicas que permiten diferenciar al ser humano en hombre y Mujer.	Genero	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de origen o Habitación		Rural Urbano
Edad materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta la recolección de la información	Años	< 20 20-35 >35 años
Número de hijos	Número de hijos referidos por la madre al momento del Estudio.	Hijo	1 2 3 ≥ 4
Escolaridad de la madre	Es el grado de estudios más alto aprobado por el entrevistado en el Sistema Educativo Nacional o su equivalente a los estudios realizados en otros países.	Años de estudio	Ninguno Alfabetizado Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico Educación superior
Ocupación de la madre	Es la actividad a la que se dedica la madre del niño, o la profesión que desempeña		Ama de casa Profesional Técnico Comerciante Obrera
Patología del ingreso	Patología reflejada en el expediente que motivó la hospitalización en el servicio de pediatría		Diarrea Neumonía Urticaria Otras



Patologías previas	Antecedente personal patológico referido por el familiar, o contemplado en el Expediente clínico.		Diarrea Neumonía Urticaria Otras
Lactancia materna exclusiva	Alimentación con leche materna exclusiva durante seis meses		Si No
Ablactación	Introducción de alimentos sólidos		
Destete	Suspensión de la lactancia materna		Si No
Alimentos de inicio en ablactación	Tipo de alimento con el que se le inicia al niño		Cereales Verduras Frutas Otro
Leche entera	Leche procedente de la vaca		Si No
Edulcorantes o sal	Azúcar u otro tipo de endulzante o sal		Si No
Alimentos alergénicos	Alimentos que provocan reacción alérgica		Si No



RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en donde se encuestaron a 100 madres de lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría, obteniendo como resultado que los pacientes ingresados en su mayoría fueron del sexo masculino con un 57%, predominando los niños de 1 un mes con un 23% del total de ingresos, y en una menor proporción los de diez meses con un 3%. En relación a la procedencia predominó los del área urbana con un 89% y en una pequeña proporción del 11% del área rural.

Referente a la edad de las madres predominaron las madres de 19-25 años con un 57% y las de 36 o más años con un 4%. El 42% de las madres eran bachiller y en su minoría con primaria incompleta con un 3% respectivamente.

La ocupación de las madres que sobresalió fue la de ama de casas con un 82%, y predominaron las que tenían un hijo con un 42%, seguida con un 38% que tenían dos hijos.

En relación a los conocimientos sobre ablactación y destete, al evaluar el tiempo de lactancia materna exclusiva fue de un 58% con un buen nivel de conocimiento, en cambio se observó un conocimiento malo al evaluar el inicio de la ablactación antes de los seis meses con un 51%, el inicio de la alimentación con cereales de un 73%, uso de edulcorantes y sal con un 54%, administración de leche entera antes del año con un 81%.

Al evaluar algunas actitudes de madres de niños menores de seis meses podemos notar actitudes favorables para la administración de lactancia materna exclusiva con un 53%, inicio de ablactación hasta los seis meses con un 63.9%, administración de leche entera hasta después del año de edad con un 63.9% y el retraso de administración de alimentos alergénicos con un 78.6%. Y actitudes desfavorables para el inicio de la alimentación con cereal de arroz con un 45%, y para el uso de edulcorantes y sal con un 78.6%.



Concerniente a la evaluación de algunas prácticas en madres con niños de seis meses o más, se observaron buenas prácticas para la administración de lactancia materna exclusiva con un 56.4%, el retraso de la administración de leche entera hasta después del año con un 71.7%, y para el uso de edulcorantes y azúcares con un 69.2%. En relación a las prácticas incorrectas podemos observar que el 56.4% ablanda al bebé con alimentos diferentes al cereal, el 71.7% inicia alimentarlos antes de los seis meses y el 69.2% administra alimentos alergénicos.

Al valorar el nivel de conocimiento en relación a la edad de las madres de los pacientes ingresados notamos que el nivel de conocimiento fue regular con un 85%, para las madres de 19-25 años de edad, y un mínimo conocimiento bueno del 6% para las madres de 26-35 años.

En relación al nivel de conocimiento según la escolaridad podemos notar que predominó siempre el nivel de conocimiento regular con un 56%, principalmente en las madres con secundaria completa y un mínimo de conocimiento bueno del 6% en madres con secundaria completa e incompleta.

Al relacionar el nivel de conocimiento con la ocupación, siempre predominó el conocimiento regular con un 90%, principalmente para madres ama de casa y un 3% de buen conocimiento siempre para las madres amas de casa.

Según el número de hijos el nivel de conocimientos, predominó el regular con un 85%, para las madres con uno y dos hijos; y un 6% de buen conocimiento principalmente para las madres con dos y tres hijos.

Al relacionar las patologías previas de ingreso con el nivel de conocimiento tenemos del total de niños ingresados 38% presentaron episodios previos de enfermedad, predominando las madres con conocimientos regulares, que representa el 84.9%, siendo las principales causas de enfermedad sepsis neonatal y diarrea.



El nivel de conocimiento en relación a la actitud de las madres estudiadas con niños menores de seis meses, observamos que siempre tuvieron un conocimiento regular con un 90.15, con actitud desfavorable.

El nivel de conocimiento en relación a las prácticas de madres con niños de seis meses o más, notamos que predominó el conocimiento malo, con unas prácticas regulares en un 64% respectivamente.

Al evaluar el nivel de actitud de las madres de niños menores de seis meses según la edad observamos que predominó la actitud desfavorable con un 73%, en madres de 19-25 años.

En relación al nivel de actitudes según escolaridad notamos que predominó siempre las actitudes desfavorables también con un 73%, predominando en las madres con primaria completa, seguidas de las madres con secundaria incompleta.

La actitud de las madres según ocupación refleja siempre una actitud desfavorable con un 74%, principalmente en las madres con ocupación de comerciantes, seguidas por las de ama de casa. Y en relación con el número de hijos siempre se refleja una actitud desfavorable con un 72.1%, en madres con tres hijos, seguidas de las que tienen dos hijos.

Al examinar el nivel de prácticas según la edad de la madre notamos que existe un nivel de prácticas regulares con un 64.1%, para las madres de 19-25 años y un nivel de práctica, malo del 35.8% para las madres de 26-35 años., no se reflejaron prácticas buenas en ningún grupo

Según la escolaridad, predominaron las prácticas regulares con un 64.1%, para las madres con secundaria completa, no se reflejaron prácticas buenas para ningún grupo de madres.



Al valorar la practicas según ocupación vemos que predominaron siempre las practicas regulares con un 69.2%, en madres amas de casa, no se reporta buenas prácticas en ningún grupo. Según el número de hijos predominaron las practicas malas con un 64.7%, principalmente en madres con dos hijos, no se reportaron practicas buenas.

Referente a las practicas relacionadas con patologías previas predominaron las practicas malas con un 66.6% respectivamente.



DISCUSION DE RESULTADOS

El inicio de la ablactación y el destete en lactantes menores es todo un reto en pediatría ya que representa una lucha entre las tradiciones y las prácticas correctas ya descritas, teniendo como estándar de oro la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.

En el estudio se refleja que el nivel de conocimiento de las madres de los pacientes fue de regular, esto representa una debilidad a la hora de iniciar ablactar al niño, en donde se evidencia el desconocimiento de cómo y con que se debe de iniciar la alimentación del niño, así como el uso de algunos alimentos que no son recomendables administrar antes del año de vida.

Hay que destacar que a pesar que el conocimiento sobre lactancia materna en las madres de nuestro estudio es aceptable, no corresponde con las prácticas que se llevan cabo ya que se refleja un nivel de prácticas regulares.

Cabe mencionar la administración de lactancia materna exclusiva es primordial en la prevención de enfermedades como diarrea y neumonía, las cuales figuran dentro de las principales causas de morbilidad en pediatría, esto lo podemos respaldar con el estudio que se hizo en la ciudad de México en el año 2004, en donde se evidencia que niños menores de un año tuvieron un riesgo menor de enfermar de neumonía con un 78.5%, y los que nunca enfermaron de diarrea que fue de un 62.5% respectivamente.

Es de suma importancia proveer de conocimientos adecuados a los padres en relación algunos aspectos de la alimentación del niño, como con que iniciar la alimentación, la administración de leche entera antes del año de vida, uso de edulcorantes y sales así como la edad idónea que se debe de iniciar la alimentación, para dichos aspectos se reflejó un conocimiento deficiente, esto coincide con un estudio realizado en Costa Rica en donde se refleja que al 55% de los niños se les administra cítricos en edades no adecuadas, al igual que el uso de azúcar antes del año de vida en un 68% de los pacientes.



Otro aspecto de suma importancia es la actitud desfavorable que se evidencia en las madres con niños menores de seis meses, principalmente en el tipo de alimento con el que se iniciara ablactar al niño, así como el uso de aditivos como sal y azúcar en las comidas, y reforzar la práctica de lactancia exclusiva, el no uso de leche entera antes del año, el inicio de la ablactación, en donde se nota una actitud favorables en un poco más del 50% de las madres entrevistadas.

El nivel de conocimiento fue regular para las madres entrevistadas, lo que está en concordancia con las prácticas, por lo que es vital dotar a los padres de información adecuada para que tengan buenas prácticas en dicho proceso.



CONCLUSIONES

- 1- El mayor número de lactantes menores ingresados al servicio de pediatría fue de niños de un mes, predominando los del sexo masculino. La procedencia de los niños era principalmente del área urbana
- 2-La edad de las madres de los lactantes que predominó fue la de 19-25 años, amas de casa con secundaria completa, con uno y dos hijos respectivamente.
- 3-El nivel de conocimiento y prácticas que predominó fue regular en las madres entrevistadas, predominando en las madres de 19-25 años, y principalmente en las amas de casa con secundaria completa.
- 4-Las madres con niños menores de seis meses evidenciaron una actitud desfavorable, en algunos de los aspectos evaluados.
- 5-Las principales causas de ingresos fueron por diarrea y neumonía
- 6-Los pacientes con historia de patologías previas reportaron que los ingresos también fueron por neumonía y diarrea.
- 8-La lactancia materna, para un poco más de la mitad de las madres, debe de ser exclusiva hasta los seis meses, lo que no concuerda con el resultado de las prácticas, así como la administración de leche entera en donde el 28.2% de las madres con niños de seis o más, ya le han administrado ese tipo de fórmula
- 7-Los resultados que se evidencian son el reflejo de las debilidades que aún hay que reforzar, para educar a la población en la realización de buenas prácticas de ablactación y destete, para evitar ingresos por complicaciones de una alimentación inadecuada, en lactantes menores



RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud:

1-Reforzar los programas de valoración de peso, crecimiento y desarrollo capacitando al personal médico y de enfermería sobre la importancia de la alimentación del lactante antes del año de vida, como debe de hacerse la transición, con que alimentos y porque, con el objetivo de brindarle más información a los padres o tutores del niño.

2-Crear campañas a nivel nacional donde se informe a la población del cuidado de los lactantes menores.

A la dirección del hospital Alemán-Nicaragüense:

Que se reactive el sistema de referencia y contrareferencia, para la búsqueda y seguimiento de pacientes de riesgo egresados del hospital, para un mejor seguimiento y supervisión.

A las autoridades a cargo del servicio de pediatría, que se refuerce la educación continua en las diferentes áreas en donde se brinda atención.



BIBLIOGRAFIA

- 1-Orozco Martínez, Socorro; López Pérez, Gerardo; Peña Echeverry, Nolly; Arreguín Ozuna, Lizardo; Huerta López, José. Frequency of family history of atopy, frequency and duration of exclusive breast feeding, age of induction of cow milks formulas and solids foods in patients with allergic asthma, allergic rhinitis or urticaria. "[bolmedhim@prodigy]. Alergiainmunol. Pediatr; 5(1):9-14, ene.-feb. 1996
- 2-Sotelo Cruz, Norberto; BarraganOrtega, LuisFernando. Patrones de lactancia materna y ablactación en el primer semestre de vida. Rev. mex. Pediatr; 61(2):83-7, mar.-abr. 1994.
- 3-Delgado, María E; Sorensen, Soren. Actitudes y prácticas de la mujer guatemalteca con respecto al destete y la ablactación / Attitudes and practice of Guatemalan woman in regardstoweananablactation Guatem. Pediatr; 28(1):8-11, ene.-mar. 1997.
- 4 -Gómez, Georgina. Consumo de alimentos en niños menores de un año en una zona rural de Costa Rica. Rev. Méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica) v.31 n.1-2 San José 1996
- 5-Medina Gallardo, Ana; Briceño Araujo, Rafael. Prácticas de ablactación en niños de una comunidad urbana y sub-urbana de Mérida / Practical of theablaction in children of theonecommunitiesurban and suburban of Mérida [revistasaludpublica@gmail.com]
Rev. (Mérida);27:8-14, 1990
- 6-Jaqueline Hernández Ochoa, Lissette Selva Suárez: Nutrición y salud en niños menores de un año Policlínico "Manuel Díaz Legrá" enero 2004- agosto 2005
- 7-Dr. Samuel Flores–Huerta, M. en C. Gloria Martínez–Andrade, Dra. Georgina



Toussaint, Dra. Amapola Adell-Gras, Dr. Alfonso Copto-García .Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. Complementary feeding in infants over six months of age: technical basis. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. v.63 n.2 México mar./abr. 2006

8-Organización mundial de la salud .Recomendaciones para las primeras comidas del bebe. Febrero 2011.

9. Academia Americana de pediatría. (2001).El cuido de su hijo pequeño. Guía completa de un equipo de expertos. Barcelona. Shelow, Steven.

10-Ministerio de salud. (2009).Guía para el abordaje de las enfermedades más comunes de la infancia y malnutrición. Normativa 017.2ed.Mangua.

11-Ministerio de salud (2008). Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia.3ed.Managua

12-Editorial Océano. Diccionario de medicina Mosby.1994

13-Piura, Julio. Introducción a la metodología de la investigación científica. Managua. Editorial América.1994.



ENCUESTA NACIONAL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
ABLACTACIÓN Y DESTETE EN LA ZONA URBANA DE BOGOTÁ, EN EL
AÑO 2000

Datos generales del encuestado:

1. ¿Cuál es su edad?

2. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

3. ¿Sexo?

4. ¿Dónde vive?

5. ¿Cuál es el nivel de ocupación de su hogar?

6. ¿Ha tenido uno o más hijos? ¿Cuántos? ¿En qué año nació el último?

7. Datos generales de la madre:

a. ¿Cuál es su nivel de escolaridad (del hijo o de la madre)?

b. ¿Cuál es su nivel de ocupación?

c. ¿En qué trabaja?

d. ¿Cuántos hijos tiene?

8. Tipo de crianza:

ANEXOS

CUESTIONARIO	
1. ¿Cuánto tiempo cree que se debe amamantar a los niños? ¿Cuánto tiempo cree que se debe amamantar a los niños? ¿Cuánto tiempo cree que se debe amamantar a los niños?	<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6 meses y 1 año <input type="checkbox"/> Entre 1 año y 2 años <input type="checkbox"/> Entre 2 años y 3 años <input type="checkbox"/> Más de 3 años <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde
2. ¿A qué edad cree usted que se le debe introducir el primer alimento sólido (papilla, etc.) a los niños?	<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6 meses y 1 año <input type="checkbox"/> Entre 1 año y 2 años <input type="checkbox"/> Entre 2 años y 3 años <input type="checkbox"/> Más de 3 años <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No responde



ENCUESTA ACERCA DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ABLACTACION Y DESTETE EN NIÑOS MENORES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ALEMAN NICARAGUENS

I. Datos generales del paciente

- a. Cuando nació su bebe:
- b. Qué Edad tiene su bebe:
- c. Sexo:
- d. Donde vive:
- e.Cuál es la causa de hospitalización de su bebe:
- f. Ha tenido otras hospitalizaciones si la respuesta es Si cual es la causa

II Datos generales de la madre

- g. Qué edad tiene usted (edad de la madre):
- h.Cuál es su nivel académico:
- i. En que trabaja:
- j. Cuantos hijos tiene:

III Test de conocimientos

CUESTIONARIO			
1	Cuanto tiempo cree que es necesario dar lactancia materna exclusiva, es decir solo pecho materno sin incluir agua?	Un mes	
		De dos a tres	
		De cuatro a cinco	
		Hasta seis	
		Más de seis	
		No sabe	
		No responde	
2	A qué edad cree usted que se le debe empezar a dar comidita (alimentos) a los niños al niño	Un mes	
		De dos a tres	
		De cuatro a cinco	
		Hasta seis	
		Más de seis	
		No sabe	



		No responde	
3	Considera usted que el primer alimento sólido que se le debe de dar al bebe es el cereal de arroz	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
4	Cree usted que pueden mezclarse los cereales con leche materna	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
5	Cree usted que pueden mezclarse los cereales con leche de pote	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
6	Cree usted que pueden mezclarse con agua	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
7	Cree usted que pueden mezclarse los cereales con caldos	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
8	Considera usted que el segundo alimento que debe de continuar el bebe es con verduras y vegetales	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
9	Considera que se debe de empezar a introducir un alimento a la vez	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
10	Cree que es correcto retrasar la administración de cítricos(Naranja, limón, mandarina) ya que pueden provocar irritación del pañal	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
11	Cree que la leche entera como por ejemplo la pinito, anchor o nido, es recomendable usarlas antes del año de vida	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
12	Considera necesario añadir sal o azúcar a los alimentos del bebe durante el primer año de vida.	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	
13	Cree que se puede añadir al puré de verduras un poco de aceite	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	



14	Considera recomendable que el niño explore primero los alimentos con sus dedos	Si	
		No	
		No sabe	
		No responde	

IV Test de actitudes (APLICA PARA MADRES DE NIÑOS MENORES DE SEIS MESES)

	CUESTIONARIO	SI	NO	NO SABE
1	Dará lactancia materna exclusiva a su bebe hasta los seis meses de edad			
2	Iniciará la alimentación de su bebe hasta los seis meses de edad.			
3	Introducirá con un alimento a la vez			
4	Iniciará la alimentación de su bebe primero con cereales			
5	Iniciará la alimentación de su bebe primero con verduras			
6	Administrara todo tipo de refresco a su bebe una vez que inicie alimentarlo			
7	Añadirá endulzantes a las bebidas de su bebe			
8	Combinara leche artificial y lactancia materna después de los seis meses de edad.			
9	Iniciará la leche entera (nido ,pinito ,lechera , anchor), hasta que el niño cumpla el año de edad			
10	Agregara un poco de aceite de oliva u otro aceite al puré del bebe			
11	Añadirá sal a las comidas de su bebe			
12	Administrara alimentos como huevo o pescado antes del año de vida			
13	Administrara alimentos como carnes rojas antes de los nueve meses de vida			

V Test de prácticas

	PARA MADRES CON NIÑOS MENORES DE SEIS MESES		
1	Le está dando pecho materno exclusivo a su BB. Si la respuesta es SI finaliza la entrevista.	Si	
		No	
2	Ya le dio otro alimento diferente?	Leche de pote	
		Agua	
		Atol	
		Refrescos	



PARA MADRES CON NIÑOS DE SEIS O MAYORES DE SEIS MESES			
1	Hasta que edad le dio a su Hb solo pecho materno exclusiva?, Sin incluir ni agua.	Un mes	
		De dos a tres meses	
		De cuatro a cinco meses	
		Hasta seis meses	
		Más de seis meses	
		No responde	
		Nunca	
2	A qué edad empezó a dar alimento u otra leche a su bebe	Un mes	
		De dos a tres meses	
		De cuatro a cinco meses	
		Hasta seis meses	
		Más de seis meses	
		No responde	
		Nunca	
3	A qué edad le empezó a dar carne de res ?	Un mes	
		De dos a tres meses	
		De cuatro a cinco meses	
		Hasta seis meses	
		Más de seis meses	
		No responde	
		Nunca	
4	A qué edad inicio la alimentación con leche entera (nido, pinito ,lechera , anchor)	Un mes	
		De dos a tres meses	
		De cuatro a cinco	
		Meses	
		Hasta seis meses	
		Más de seis meses	
		No responde	
5	Introdujo un alimento a la vez	Nunca	
		Si	
		No	



6	Introdujo verduras como primer alimento a su bebe	Si	
		No	
7	Administro cítricos(Naranja, limón, mandarina),antes del año de edad	Si	
		No	
8	Administro alimentos como huevo o pescado antes del año de edad	Si	
		No	
9	Añadió sal o azúcar a los alimentos del bebe antes del primer año de vida	Si	
		No	
10	Añadió al puré de verduras un poco de aceite de oliva u otro aceite	Si	
		No	
11	Ah alimentado con cereales a su bebe. Si la respuesta es NO FINALIZA LA ENTREVISTA	Si	
		No	
12	El primer alimento sólido que se le dio al bebe es el cereal de arroz.	Si	
		No	
13	Mezclo el cereal con leche materna	Si	
		No	
14	Mezclo el cereal con leche de formula	Si	
		No	
15	Mezclo el cereal con agua	Si	
		No	
16	Una vez que acepto los cereales continúo con verduras y vegetales.	Si	
		No	

Procedencia

Urbano

Rural

Total

Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud



Cuadro No 1: Edad según sexo de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Edad (Meses)	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	7	7	4	4	11	11
1	12	12	11	11	23	23
2	4	4	3	3	7	7
3	3	3	4	4	7	7
4	2	2	3	3	5	5
5	6	6	2	2	8	8
6	3	3	5	5	8	8
7	6	6	2	2	8	8
8	3	3	2	2	5	5
9	5	5	5	5	10	10
10	3	3	0	0	3	3
11	5	5	2	2	5	5
Total	57	57	43	43	100	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 2: Procedencia de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Procedencia	No	%
Urbano	89	89
Rural	11	11
Total	100	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes



Cuadro No 3: Escolaridad según edad de las madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Escolaridad	Edad (años)									
	Menor o igual a 18		19-25		26-35		36 o mas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria incompleta	0	0	2	2	1	1	0	0	3	3
Primaria completa	1	1	8	8	2	2	2	2	13	13
Secundaria incompleta	7	7	17	17	12	12	1	1	37	37
Secundaria completa	1	1	29	29	11	11	1	1	42	42
Educación superior	2	2	1	1	2	2	0	0	5	5
Total	11	11	57	57	28	28	4	4	100	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 4: Número de hijos según ocupación de la madre de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Ocupación	Número de hijos									
	1		2		3		4 o mas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ama de casa	37	37	29	29	8	8	8	8	82	82
Cocinera	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Estudiante	1	1	1	1	1	1	0	0	3	3
Estilista	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Domestica	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Comerciante	2	2	3	3	2	2	1	1	8	8
Bar ténder	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Maestra	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	42	42	38	38	11	11	9	9	100	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de paciente



Cuadro No 5: Causa de hospitalización de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Patología de ingreso	No	%
Neumonía	69	69
Diarrea	19	19
Diarrea-Neumonía	4	4
Diarrea-Urticaria	1	1
Infección de vías urinarias	4	4
Convulsión	1	1
Absceso	2	2
Total	100	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 6: Otras hospitalizaciones de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Patología	No	%
Neumonía	10	10
Diarrea	7	7
Sepsis neonatal	14	14
Urticaria	3	3
Infección de vías urinarias	2	2
Síndrome de aspiración meconial	1	1
Ictericia	1	1
Total	38	38

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes



Cuadro No 7: Conocimiento sobre ablactación y destete de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

	Respuesta				Total
	Correcta		Incorrecta		
	N	%	N	%	
Lactancia materna exclusiva	58	58	42	42	100 (100%)
Inicio de ablactación a los 6 meses	49	49	51	51	
Administración de cereal de arroz como primer alimento	27	27	73	73	
No administración de edulcorantes y sales antes del año de edad	46	46	54	54	
No administración de leche entera antes del año de edad	19	19	81	81	

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 8: Actitud sobre ablactación y destete de madres los lactantes menores de seis meses ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

	Respuesta				Total
	Favorable		Desfavorable		
	N	%	N	%	
Lactancia materna exclusiva	32	53	29	47.5	61 (100%)
Inicio de ablactación a los 6 meses	42	68.8	19	31.1	
Administración de cereal de arroz como primer alimento	16	26.2	45	73.7	
No administración de edulcorantes y sales antes del año de edad	14	22.9	47	77	
No administración de leche entera antes del año de edad	39	63.9	22	36	
No administración de alimentos alergénicos	48	78.6	13	21.3	

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes



Cuadro No 9: Practicas sobre ablactación y destete de madres los lactantes mayores de seis meses ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

	Respuesta				Total
	Buena		Mala		
	N	%	N	%	39 (100%)
Lactancia materna exclusiva	22	56.4	17	43.5	
Inicio de ablactación a los 6 meses	11	28.2	28	71.7	
Administración de cereal de arroz como primer alimento	17	43.5	22	56.4	
No administración de edulcorantes y sales antes del año de edad	27	69.2	12	30.7	
No administración de leche entera antes del año de edad	28	71.7	11	28.2	
No administración de alimentos alergénicos	12	30.7	27	69.2	

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 10: Nivel de conocimiento y edad de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Edad (años)	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor o igual a 18	0	0	10	90.9	1	9.5	11	100
19-25	2	3.5	49	86	6	10.5	57	100
26-35	3	10.7	24	85.7	1	3.6	28	100
35 o mas	1	25	2	50	1	25	4	100
Total	6	6	85	85	9	9	100	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes



Cuadro No 11: Nivel de conocimiento y escolaridad de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Escolaridad	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria incompleta	0	0	2	66.6	1	33.3	3	100
Primaria completa	1	7.6	11	84.6	1	7.6	13	100
Secundaria incompleta	2	5.4	3	8.1	32	86.4	37	100
Secundaria completa	2	4.7	36	85.7	4	9.5	42	100
Educación superior	1	20	4	80	0	0	5	100
Total	6	6	56	56	38	38	100	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 12: Nivel de conocimiento y ocupación de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013

Ocupación	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ama de casa	3	3.6	74	90	5	6	82	100
Cocinera	0	0	2	100	0	0	2	100
Estudiante	0	0	3	100	0	0	3	100
Estilista	0	0	2	100	0	0	2	100
Domestica	0	0	1	100	0	0	1	100
Comerciante	0	0	7	87.5	1	12.5	8	100
Bar ténder	0	0	1	100	0	0	1	100
Maestra	0	0	0	0	1	100	1	100
Total	3	3	90	90	7	7	100	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes



Cuadro No 13: Nivel de conocimiento y número de hijos de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Número de hijos	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1	3	36	86	5	12	42	100
2	2	6	33	87	3	8	38	100
3	2	18.1	9	81.8	0	0	11	100
4 o mas	1	11.1	7	77.7	1	11.1	9	100
Total	6	6	85	85	9	9	100	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes.

Cuadro No 14: Nivel de conocimientos y patologías previas de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Patología Previas	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Neumonía	0	0	10	100	0	0	10	100
Diarrea	0	0	6	85.7	1	14.2	7	100
Sepsis neonatal	1	7.1	12	85.7	1	7.1	14	100
Urticaria	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
Infección de vías urinarias	1	50	1	50	0	0	2	100
Síndrome de aspiración meconial	0	0	1	100	0	0	1	100
Ictericia	0	0	1	100	0	0	1	100
Total	3	8	32	84.9	3	8	38	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes



Cuadro No 18: Actitud y escolaridad de madres de pacientes lactantes menores de seis meses ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Escolaridad	Favorable		Desfavorable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primaria incompleta	1	33.3	2	66.6	3	100
Primaria completa	2	28.6	5	71.8	7	100
Secundaria incompleta	7	29.1	17	70.8	24	100
Secundaria completa	7	33.3	14	66.6	21	100
Educación superior	0	0	6	100	6	100
Total	17	27	44	73	61	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 19: Actitud en relación a la ocupación de madres de pacientes lactantes menores de seis meses ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013

Ocupación	Favorable		Desfavorable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ama de casa	13	13	34	27.7	47	100
Cocinera	0	0	0	0	0	100
Estudiante	1	25	3	75	4	100
Estilista	0	0	1	0	1	100
Domestica	0	0	0	0	0	0
Comerciante	1	14.2	6	85.7	7	100
Bar ténder	0	0	1	100	1	100
Maestra	1	0	0	0	1	100
Total	16	26	45	74	61	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes



Cuadro No 20: Actitud en relación número de hijos de madres de pacientes lactantes menores de seis meses ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Número de hijos	Favorable		Desfavorable		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	9	32	19	67.9	28	100
2	6	28.6	15	71.4	21	100
3	2	25	6	75	8	100
4 o mas	0	4	4	100	4	100
Total	17	27.8	44	72.1	61	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 21: Prácticas según edad de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Edad (años)	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor o igual a 18	0	0	1	50	1	50	2	100
19-25	0	0	17	77.3	5	22.7	22	100
26-35	0	0	7	58.3	5	41.1	12	100
35 o mas	0	0	0	0	3	100	3	100
Total	0	0	25	64.1	14	35.8	39	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 22: Prácticas según escolaridad de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Escolaridad	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria incompleta	0	0	1	50	1	50	2	100
Primaria completa	0	0	0	0	2	100	2	100
Secundaria incompleta	0	0	9	64.2	5	35.7	14	100
Secundaria completa	0	0	14	70	6	30	20	100
Educación superior	0	0	1	0	0	0	1	100
Total	0	0	25	64.1	14	35.8	39	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes.



Cuadro No 23: Prácticas según ocupación de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Ocupación	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ama de casa	0	0	20	76.9	6	23	26	100
Cocinera	0	0	1	50	1	50	2	100
Estudiante	0	0	1	33.3	2	66.7	3	100
Estilista	0	0	1	50	1	50	2	100
Domestica	0	0	1	100	0	0	1	100
Comerciante	0	0	1	33.3	2	67.7	3	100
Bar ténder	0	0	1	100	0	0	1	100
Maestra	0	0	1	100	0	0	1	100
Total	0	0	27	69.2	12	30.7	39	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes

Cuadro No 24: Prácticas según número de hijos de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Número de hijos	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	0	0	13	92.9	1	7.1	14	100
2	0	0	11	64.7	6	35.3	17	100
3	0	0	1	33.3	2	66.7	3	100
4 o mas	0	0	0	0	5	100	5	100
Total	0	0	25	35.9	14	64.1	39	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes



Cuadro No 25: Prácticas según patologías previas de hijos de madres de pacientes lactantes menores ingresados en el servicio de pediatría del hospital Alemán Nicaragüense de diciembre del 2012 a enero 2013.

Patología Previas	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Neumonía	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrea	0	0	0	00	1	100	1	100
Sepsis neonatal	0	0	0	0	1	100	1	100
Urticaria	0	0	0	0	0	0	0	100
Infección de vías urinarias	0	0	1	100	0	0	0	100
Síndrome de aspiración meconial	0	0	0	0	0	0	0	0
Ictericia	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	1	33.3	2	66.6	3	100

Fuente: Encuesta realizada a madre de pacientes